

(Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. genaue Firmenbezeichnung)	<b>Anschrift der Praxis</b>
(Berufsbezeichnung)	(Straße/Hausnummer)
(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)	(Postleitzahl/Ort)
(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)	(IK der Praxis)
Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(ggf. Name des Berufsverbandes)	

### **Anerkenniserklärung Massage-/ Physiotherapie Schleswig-Holstein**

Hiermit erkenne ich die gemäß § 125 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 10.05.2019 vereinbarten, nachfolgend angeführten Versorgungsverträge in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis mit

- dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum
- der Vereinigung der selbstständigen Krankengymnasten (VSK) e. V., Berlin
- den Landesverbänden des VDB – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn
- den Landesverbänden des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) e. V., Köln
- dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Hamburg

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit

- dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e. V., Bochum
- den Landesverbänden des VDB – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn
- den Landesverbänden des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) e. V., Köln
- dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., Hamburg

AOK NordWest mit

(Bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- o dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – **IFK e. V.**, Bochum
- o des **VDB** – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn  
den Landesverbänden
- o des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (**ZVK**) e. V., Köln
- o dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (**VPT**) e. V., Hamburg

IKK NORD, KNAPPSCHAFT und dem BKK-Landesverband NORDWEST mit

(Bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.)

- o dem Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – **IFK e. V.**, Bochum
- o des **VDB** – Physiotherapieverbandes, Berufs- und Wirtschaftsverbandes der Selbstständigen in der Physiotherapie e. V., Bonn  
den Landesverbänden
- o des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (**ZVK**) e. V., Köln
- o dem Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (**VPT**) e. V., Hamburg

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 1 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Meine/unsere vertraglichen Pflichten sind mir/uns bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung sowie der vertraglichen Regelungen werde(n) ich/wir der ARGE Heilmittelzulassung Schleswig-Holstein unverzüglich schriftlich mitteilen.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite ARGE unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen  
[www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html](http://www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers